DISSERTATION

N° 79.

SUR

LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

OBSERVÉE A CHARENTON;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR R. DAVEAU,

Ex-premier Élève interne de l'hôpital de Tours; Élève de la Maison royale de Charenton.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT, *Président.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled, *Suppléant.*
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

ESQUIROL,

Docteur en médecine; Membre titulaire de l'Académie royale de médecine; Inspecteur-Général de l'Université; Médecin honoraire de la Salpêtrière; Médecin en chef de la Maison royale de Charenton.

A MONSIEUR

BRETONNEAU,

Docteur en Médecine; Membre de l'Académie royale de médecine; Médecin en chef de l'hôpital général de Tours.

R. DAVEAU.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0000unse_j7k8

DISSERTATION

SUR

LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

OBSERVÉE A CHARENTON.

Historique. Avant de commencer l'histoire de cette maladie, je dois dire que de tous les noms qui lui ont été donnés, aucun ne lui convient parfaitement : les uns l'ont nommée *méningite chronique*, *arachnitis chronique*, dénominations vicieuses, puisqu'elles ne sont pas toujours vraies ; en effet, dans la maladie dont il est question, il n'y a pas toujours inflammation des méninges, et quand cette inflammation existe, ce n'est pas elle qui produit directement les symptômes observés. Les autres lui ont donné le nom de *paralysie générale*, *paralysie incomplète;* ces dénominations sont peut-être plus vicieuses encore, dans ce sens qu'elles ne sont que l'indication des symptômes, au lieu d'être l'indication de la maladie elle-même. D'autres, en lui donnant le nom de *paralysie des aliénés*, semblent la considérer comme complication d'une aliénation mentale primitive, ce qui n'est pas vrai dans le plus grand nombre des cas ; ordinairement, en effet, le désordre des facultés intellectuelles n'est lui-même qu'un des symptômes de la maladie qui produit l'ensemble de phénomènes constituant la

paralysie générale. M. *Calmeil,* dans un ouvrage qui se distingue de ceux qui ont été faits sur le même sujet, par la bonne foi des observateurs et par la sévérité du raisonnement, voulait d'abord lui donner de nom d'*encéphalite chronique;* mais il en fut détourné, parce que, dans un assez grand nombre de cas, il ne trouva aucune trace d'inflammation dans l'encéphale et ses dépendances. Comme lui, je me servirai du nom de *paralysie générale,* parce que, malgré le défaut signalé ci-dessus, cette dénomination a, sur les autres, cet avantage, qu'en ne précisant rien de ce qui est encore incertain, elle ne peut induire en erreur : en outre, elle est la plus connue, et la seule employée dans la Maison royale de Charenton, où j'ai recueilli ces observations.

On a lieu d'être surpris qu'une maladie très-commune, puisque plus d'un sixième des malades de Charenton en sont atteints, dont les symptômes sont si tranchés et si apparens, la marche si constante et si identique, soit demeurée inconnue jusqu'à nos jours. On ne trouve dans les ouvrages des anciens rien qui ait rapport à la paralysie générale : *Pinel* lui-même ne la connaissait pas; c'est M. *Esquirol,* alors médecin de l'infirmerie des folles de la Salpêtrière, qui, le premier, signala cette funeste affection. Mais cette maladie, commune chez les hommes, est très-rare chez les femmes; il ne put recueillir une masse de faits assez considérable pour en faire la matière d'un ouvrage étendu et détaillé. Plusieurs auteurs en ont parlé depuis; mais c'est de la Maison royale de Charenton que sont partis les premiers et les seuls travaux importans faits sur cette maladie. Quoique signalée depuis près de vingt années, et décrite avec soin depuis assez long-temps, elle est encore inconnue au plus grand nombre des médecins, parce que ce n'est guère que dans les établissemens consacrés au traitement des aliénés que l'on trouve la possibilité de réunir un nombre d'observations suffisant pour la bien étudier.

Causes. — 1°. *Causes prédisposantes.* La paralysie générale est beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes. D'après

M. *Esquirol* (Rapport statistique sur la Maison royale de Charenton, pendant les années 1826, 1827 et 1828), sur un total de cent neuf paralytiques, quatorze seulement étaient du sexe féminin; sur quatre-vingt-dix paralytiques, M. *Calmeil* ne trouva que dix femmes. Je dois à la complaisance de M. le docteur *Ramon*, surveillant-général de la Maison royale de Charenton, qui s'est beaucoup occupé de cette maladie, le relevé suivant de ses observations pendant les années 1815, 1816 et 1817: sur deux cent quatre-vingt-six hommes admis à Charenton pendant ces trois années, soixante étaient paralytiques; neuf sont sortis non guéris, deux dans un état douteux; vingt-sept sont morts, vingt-deux restaient encore dans l'établissement au 1^er^. janvier 1818. Sur cent quatre-vingt-quinze femmes admises pendant le même temps, cinq étaient paralytiques; deux sont sorties non guéries, une morte, deux restaient à Charenton au 1^er^. janvier 1818. Il est facile de se rendre raison de l'influence du sexe dans cette circonstance. Chez les femmes, le flux menstruel agit comme dérivatif, et empêche le sang de se porter vers la tête; en outre, elles sont, en général, moins sujettes que les hommes aux excès qui sont la cause la plus ordinaire de la paralysie générale.

Cette maladie appartient exclusivement à l'âge mur; la jeunesse et la vieillesse en sont exemptes; il est rare qu'elle se montre avant trente et après soixante-dix ans.

Les tempéramens sanguin et bilieux paraissent y prédisposer plus que les autres: cependant, ce n'est pas dans le tempérament qu'il faut chercher les prédispositions à la paralysie générale; il en est à peu près de même du caractère. Il est néanmoins peut-être plus commun de voir atteints de cette maladie les individus d'un caractère violent, emporté, ambitieux ou orgueilleux, parce que ces caractères exposent plus que les autres aux commotions morales et aux chagrins.

Jusqu'ici, les causes prédisposantes que j'ai indiquées ne sont que d'une importance médiocre. Il n'en est pas de même de l'hérédité. D'après M. *Bayle*, sur un total de cent vingt-sept paralytiques, quarante-six avaient eu dans leur famille des individus atteints de mala-

dies mentales ou encéphaliques. Il y a tout lieu de croire que s'il avait été possible à cet auteur de se procurer des renseignemens également exacts sur les cent vingt-sept malades, la proportion des prédispositions héréditaires serait beaucoup plus considérable.

Certaines professions prédisposent à la paralysie générale, moins par elles-mêmes, sans doute, que par le genre de vie qu'elles entraînent nécessairement : telle est la profession des armes. A Charenton, plus d'un tiers des paralytiques ont été militaires.

D'après le raisonnement, on serait porté à supposer que les climats chauds doivent prédisposer à la paralysie générale ; cependant l'observation prouve le contraire. En Italie et en Espagne, les paralysies sont infiniment plus rares qu'en France et en Angleterre; cette différence est même sensible entre les parties méridionales et les parties septentrionales de la France. D'après M. *Esquirol*, cela tient en partie à ce que les habitans des pays chauds sont, en général, plus sobres et moins sujets aux excès de boissons alcoholiques; en partie à ce que les maladies encéphaliques, dans ces régions, prennent rarement le caractère chronique : ou bien elles tuent rapidement, ou bien elles se terminent par une prompte guérison. Il ne faut pas croire cependant que cette influence des pays chauds soit la même pour tous les individus en général; elle n'est telle que je viens de l'indiquer que pour ceux qui sont nés dans ces climats, ou qui les habitent depuis long-temps : pour les étrangers qui s'y transportent accidentellement, elle est, au contrairee une prédisposition puissante à la paralysie générale. La dernière guerre d'Espagne a produit singulièrement de paralysies. Plusieurs Européens sont devenus paralytiques presque subitement en passant sous la ligne.

Parmi les causes prédisposantes de la paralysie générale, on doit placer en première ligne les excès de toute espèce, et particulièrement les excès de boissons, les excès vénériens et l'abus des mercuriaux; dans la même série, on trouve encore les chagrins très-vifs, les transports de joie, la répercussion d'une maladie cutanée ancienne, la

cessation subite d'un écoulement normal ou anormal quelconque, et surtout du flux hémorrhoïdal; les blessures à la tête, etc.

2°. *Causes déterminantes.* C'est ordinairement à la suite de l'action plus ou moins long-temps prolongée d'une ou de plusieurs des causes prédisposantes, que l'on voit survenir la cause déterminante la plus fréquente de la paralysie générale : je veux parler de cette fluxion sanguine, de ce raptus du sang vers l'encéphale, connue généralement sous le nom de *congestion cérébrale.* Ce phénomène se manifeste par des symptômes qui varient beaucoup sous le rapport de leur intensité et de leur marche ; tantôt la congestion est subite et accompagnée de symptômes apoplectiques; tantôt elle est lente et légère et accompagnée de phénomènes peu apparens.

Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, les malades, après s'être plaint de céphalalgie, de tintemens d'oreille, de malaise général, tombent tout à coup privés de connaissance, de sentiment, et le plus souvent de mouvement. La face est quelquefois pâle, mais le plus ordinairement elle est rouge et gonflée; la peau est chaude; la respiration profonde, souvent stertoreuse. Au bout d'un temps plus ou moins long, une ou plusieurs heures, quelquefois un jour et même plus, la connaissance revient, mais d'abord confuse et incomplète; elle se rétablit ensuite plus parfaitement ; mais le sentiment et le mouvement reviennent bien plus lentement; quelquefois les malades restent dans un véritable état d'hémiplégie ou de paraplégie pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Dans le second cas, c'est-à-dire, quand la congestion est lente et légère, les malades sont habituellement dans une espèce d'assoupissement; ils ont la tête pesante. A leur réveil, ils sont étourdis; ils sont sujets à des éblouissemens, à des vertiges, etc.

La paralysie générale ne survient ordinairement qu'après une ou plusieurs de ces congestions cérébrales. Il n'est cependant pas rare de la voir débuter sans qu'elle ait été précédée de ce phénomène; cela se voit surtout lorsque le malade a été pendant long-temps soumis

à l'action d'une ou de plusieurs des causes prédisposantes indiquées ci-dessus, qui, dans ce cas, peuvent être considérées comme des causes occasionelles directes.

3°. *Causes prochaines.* En résumant les opinions des auteurs qui ont écrit sur l'étiologie de la paralysie générale, on peut dire qu'ils sont tous d'accord sur le siége des lésions, d'où résultent comme symptômes tous les phénomènes pathologiques que l'on observe pendant le cours de la maladie ; ils ne cessent d'être d'accord que quand ils veulent faire connaître la nature de ces lésions. Je n'essaierai point de discuter ce point de doctrine ; je me contenterai de dire que, bien évidemment la cause immédiate de la maladie est dans le cerveau ; mais que les altérations que l'on trouve après la mort, altérations que l'on pourrait presque toujours rapporter à une phlegmasie chronique de l'encéphale et de ses dépendances, ne suffisent pas pour expliquer tous les symptômes observés pendant la vie; et que le cerveau doit avoir subi une modification moléculaire générale, un travail morbide quelconque dont la nature intime est encore complètement inconnue.

Symptômes. Afin de rendre plus facile, plus claire et plus exacte l'énumération des symptômes de la paralysie générale, je diviserai cette maladie en trois périodes, comme l'ont fait ceux qui, avant moi, ont écrit sur le même sujet. Il faut cependant se garder de croire que les périodes de cette maladie se distinguent d'une manière bien tranchée et par des symptômes différens pour chacune d'elles. Les symptômes de la seconde période ne sont que les symptômes aggravés de la première, auxquels sont venus s'en joindre quelques autres; il en est de même de la troisième période relativement aux deux premières. Cependant, comme pour s'entendre il faut avoir un point de départ fixe et qui soit toujours le même, je prendrai la station pour terme de comparaison ; ce seront les phénomènes pathologiques que présente cette fonction dans le cours de la paralysie géné-

rale qui établiront la division des périodes de la maladie. Ainsi donc, la première période durera tant que la station debout pourra s'exécuter. Pendant la seconde période, le malade ne pourra plus se tenir debout; mais la station assise sera encore possible. Pendant la troisième période, la station debout et la station assise seront impossibles; le malade ne pourra plus se tenir autrement que couché.

1°. *Première période.* Les premiers symptômes de paralysie générale apparaissent très-souvent, comme je l'ai déjà dit, à la suite d'une ou de plusieurs congestions cérébrales. Ordinairement, au début de la maladie, les individus sont soumis à la surveillance de gens tout à fait incapables d'apprécier les premiers symptômes de paralysie, très-capables, au contraire, de reconnaître le moindre trouble de l'intelligence. Il s'ensuit de là, que le délire doit presque toujours être indiqué comme le symptôme qui apparaît le premier. Il est bien probable cependant que si les malades étaient soumis à une observation attentive et éclairée, on verrait que le plus souvent la lésion des facultés sensoriales débute en même temps que la lésion des facultés intellectuelles; car ces deux lésions étant, selon toute apparence, le symptôme des mêmes causes, il est peu rationnel de supposer que l'apparition de l'une précède celle de l'autre : quoiqu'il en soit, je m'en rapporterai à l'observation la plus commune.

Le délire paraît d'abord : dans quelques cas il ne diffère en rien de celui qui constitue la manie. On a vu aussi quelques malades présenter une véritable lypemanie avec propension au suicide; mais dans l'immense majorité des cas, ce délire a un aspect particulier et pour ainsi dire caractéristique de la maladie : ce sont des idées de grandeur; le malade se croit plus riche, plus puissant, plus fort, en un mot, doué de qualités supérieures à celles qu'il avait avant d'être malade. Ces idées fixes constituent une espèce de monomanie, mais dans laquelle il faudrait se garder de chercher tous les caractères de la monomanie ordinaire. Ce délire monomaniaque est puissamment modifié par l'affaiblissement, la paralysie des facultés intellectuelles, déjà appréciable

à cette époque. Les malades n'ont point cette vigueur de raisonnement, cette opiniâtreté de desseins, cette fermeté d'idées, qui caractérisent les monomaniaques ordinaires.

Bientôt on s'aperçoit que la paralysie commence à attaquer les fonctions de relation : c'est par le système musculaire qu'elle commence. Les premiers effets apparens portent sur la langue et sur les extrémités inférieures. Je suis fort porté à croire que ces effets portent egalement sur tout le système musculaire en général; que si, en apparence, ils portent plus sur une partie que sur l'autre, cela tient à la différence d'action de ces parties, au plus ou moins de forces que ces muscles doivent développer, à la plus ou moins grande précision des mouvemens qu'ils doivent déterminer : qu'ainsi, si la prononciation et la station debout sont les fonctions qui présentent les premiers symptômes de paralysie, cela tient à la continuité d'efforts, à la grande somme de forces d'une part, et d'autre part à l'exactitude et à la multiplicité des mouvemens que doit développer le système musculaire dans ces deux fonctions. M. *Lallemand,* de Montpellier, professe la même opinion dans ses Recherches sur l'encéphale (lettre 5^{me}., pag. 324 et suiv.); et, avant lui, M. *Calmeil* en avait entrevu la probabilité. Voici ce que l'on trouve dans l'ouvrage de ce dernier (p. 14) :

« Une chose qui doit surprendre, c'est que les membres supérieurs « conservent leur force et leur mobilité. Depuis long-temps la dé- « marche est vacillante, et les mains servent encore à toutes sortes « d'usages, absolument comme si la paralysie les respectait : sont- « elles réellement épargnées? L'on ne peut admettre que ce que l'on « voit; cependant il est à croire que si les bras étaient obligés de sou- « tenir, comme le font les jambes, tout le poids du corps, on aper- « cevrait de meilleure heure les premiers indices de la faiblesse qui « finit par les atteindre. »

Les malades sont comme s'ils éprouvaient un commencement d'ébriété; ils ont la prononciation embarrassée ; ils semblent avoir la langue épaisse; ils tranchent mal les syllabes ; quelquefois ils mettent entre elles un certain intervalle ; ils sont obligés de faire des efforts

pour prononcer les mots. Ils peuvent se tenir debout et marcher, mais leurs jambes manquent de solidité et tremblent sous le poids du corps ; les malades les traînent pour ainsi dire en marchant; s'ils rencontrent un obstacle sous leurs pas, ils ne peuvent maintenir leur équilibre, et tombent à la renverse. S'ils sont couchés, et s'ils ne parlent pas, il est difficile de reconnaître la paralysie; ils peuvent imprimer aux extrémités inférieures, aussi bien qu'aux extrémités supérieures, des mouvemens très-étendus; s'ils tirent la langue, on ne remarque aucun changement notable dans l'état de cet organe.

Il est difficile, à cette époque, de juger du degré d'affaiblissement de la sensibilité générale et de la lésion des sens; car il est, dans la nature même du délire des paralytiques, de ne pas s'apercevoir de l'affaiblissement de leurs facultés; aussi disent-ils toujours qu'ils se portent bien, qu'ils sont solides sur leurs jambes, qu'ils voient, qu'ils sentent, qu'ils entendent aussi bien que dans l'état ordinaire. Il est cependant probable que les effets de la paralysie s'étendent également à toutes ces fonctions.

Les fonctions de nutrition s'exécutent comme dans l'état de santé parfaite ; la circulation et la respiration sont naturelles ; la digestion se fait très-bien ; souvent même l'appétit est augmenté. Quelquefois les malades laissent aller leurs déjections dans leurs habits ; mais il est probable qu'à cette époque de la maladie, cela tient plutôt au désordre de l'intelligence qu'à l'affaiblissement des sphyncters.

Tous ces symptômes vont en s'aggravant à mesure qu'on s'éloigne du début de la maladie ; les facultés intellectuelles s'affaiblissent de plus en plus ; le délire des grandeurs persiste, mais les idées ont moins de liaison ; la prononciation est de plus en plus embarrassée ; les jambes deviennent plus faibles. Il est probable qu'il en est de même des autres parties du système musculaire ; la face perd son expression ; ses muscles se relâchent, et la physionomie présente un air de stupidité auquel il est impossible de se méprendre quand on a déjà vu quelques exemples de cette funeste maladie.

2°. *Deuxième période.* A cette époque de la maladie, les effets de la paralysie sont très-faciles à apercevoir dans toutes les parties du système musculaire; tout le corps est dans une espèce d'affaissement général, les malades ne peuvent plus se tenir debout; dès qu'ils veulent se lever et quitter le fauteuil sur lequel la maladie les tient confinés, leurs jambes plient sous le poids de leur corps, et ils tombent à la renverse. Les extrémités supérieures et les extrémités inférieures présentent encore des mouvemens très-étendus; mais ces mouvemens ne s'exécutent qu'avec lenteur. Les muscles ne sont pas diminués de volume, mais ils sont devenus plus mous, plus flasques; leurs contractions volontaires sont difficiles, faibles et lentes; la face, immobile et dépourvue de toute expression, ne peint plus que la stupidité la plus profonde; la prononciation est devenue beaucoup plus difficile et plus embarrassée; la parole est bégayée; quelquefois, malgré leurs efforts, les malades ne peuvent produire qu'un bredouillement à peine intelligible. Ce ne n'est pas seulement la prononciation qui est altérée, la paralysie des muscles du larynx et de la trachée-artère fait subir à la voix elle-même une modification qu'il est impossible de ne pas apercevoir : tantôt elle devient voilée, tantôt elle prend un ton nazillard; plus souvent elle offre le timbre de celle de la plupart des individus atteints de gibbosité. La sensibilité est beaucoup diminuée. Il paraîtrait, au premier abord, que la paralysie a porté des atteintes moins profondes sur les organes des sens que sur le reste de l'économie; mais en examinant de près, on voit que ces organes sont loin d'être intacts; les malades sentent, il est vrai, mais il faut des odeurs très-fortes pour stimuler leur membrane pituitaire. Ils ont encore la perception des sons et des saveurs : mais les organes de l'ouïe et du goût ne répondent qu'à de fortes excitations. Chez eux, le toucher est très-obtus. Il est probable qu'il en est de même du sens de la vue; cependant, c'est cette dernière fonction qui paraît avoir subi les atteintes les moins profondes.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles a également fait des progrès considérables; les idées sont sans liaison entre elles; le juge-

ment est presque complètement aboli : il en est de même de la mémoire. Le caractère du délire est toujours le même ; ce sont encore des idées de grandeur, mais sans aucune cohésion. « Je suis fort, je « suis riche, j'ai des palais, je suis pair de France, je suis roi, je « suis Dieu, etc., etc. »

Habituellement, à cette période de la maladie, les fonctions de nutrition sont encore intactes ; la respiration, la circulation et la digestion sont à l'état normal. Il n'est cependant pas rare de voir à cette époque l'appétit prendre un tel accroissement, qu'il constitue un véritable phénomène pathologique. Les malades sont alors doués d'une telle voracité, qu'il devient presque impossible de les rassasier, quelque quantité d'alimens qu'on leur administre. Souvent, dans ce cas, le tissu cellulaire se charge d'une prodigieuse quantité de graisse qui, quelquefois, donne au corps un volume vraiment monstrueux. La paralysie des sphyncters rend les déjections involontaires.

3°. *Troisième période.* Si la mort, amenée par une complication funeste, n'est pas venue arrêter la marche de la paralysie générale pendant le cours de la seconde période, on voit les symptômes aller toujours en s'aggravant, et la maladie passe à la troisième période. Alors le malade, ravalé au-dessous de la brute, semble réduit à un véritable état de végétation ; il ne peut plus se tenir autrement que couché. Si, pour le changer de position, pour empêcher la formation d'escharres gangréneuses sur les parties saillantes du corps, on veut le placer sur un fauteuil, il faut l'y maintenir fixé à l'aide de lizières passées sous les bras ; sans cette précaution, il n'aurait pas la force de se maintenir assis, et tomberait à terre. Quand le malade est couché, il ne peut imprimer à ses membres que des mouvemens très-lents et de peu d'étendue ; il reste dans la position où on l'a placé, sans pouvoir en changer lui-même. La sensibilité générale est si obtuse, qu'on peut le pincer très-fortement sans qu'il en ressente de douleur ; quelquefois même c'est à peine s'il paraît en avoir la sensation. L'oblitération des sens est presque complète ; le goût et l'o-

dorat paraissent ne plus exister ; les yeux, peu mobiles, ne se tournent que très-lentement vers les objets que le malade veut regarder ; les sons les plus forts sont à peine perçus ; la voix n'est plus qu'une suite de sons confus et inarticulés ; les facultés intellectuelles sont complètement anéanties ; il ne reste plus d'idées ; quelquefois même c'est à peine si les malades conservent assez d'instinct pour ouvrir la bouche, pour mâcher et pour avaler les alimens qu'on leur présente. Il n'est même pas rare de les voir asphyxiés, soit parce que le pharynx et l'œsophage, paralysés, ne poussant plus les alimens dans l'estomac, ceux-ci s'accumulent et compriment la trachée-artère ; soit parce que le bol alimentaire, en se déviant du pharynx, est tombé dans le larynx. La respiration et la circulation sont dans un état satisfaisant ; mais, à cette époque, la digestion se dérange ordinairement. Souvent alors le malade tombe dans le marasme, et, après un temps plus ou moins long, la mort vient terminer cette scène vraiment horrible à voir.

Phénomènes accidentels les plus ordinaires. 1°. Il arrive fréquemment, pendant le cours de la première période, quelquefois même pendant la seconde, que les paralytiques soient pris d'un état d'excitation qui ressemble, sous beaucoup de rapports, à celle des maniaques : on les voit alors parler sans cesse de leur fortune, de leurs dignités, de leurs grandeurs, selon le sujet de leur délire ; crier, vociférer, déchirer ou briser tout ce qui leur tombe sous la main ; marcher avec rapidité, courir, s'agiter en tous sens, s'arrêter à peine pour manger et satisfaire aux autres besoins de la nature. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'ils ne semblent pas agir par eux-mêmes ; à les voir, on serait presque tenté de les prendre pour des machines mises en action par une puissance qui leur est tout à fait étrangère. Ce qui est encore bien plus remarquable, c'est que pendant la durée de cette excitation les symptômes de paralysie sont ordinairement beaucoup diminués. Cet homme qui est fixé sur son fauteuil par l'impossibilité de se tenir debout, qui ne peut plus articuler un seul mot, marchera,

parlera tant que durera l'accès, pour retomber ensuite dans l'état où il était auparavant. La fréquence et la durée de ces accès est très-variable; ils reviennent quelquefois à des époques régulièrement périodiques. Ce sont probablement ces accès d'excitation qui ont fait dire à M. *Bayle* qu'il y avait dans la paralysie une période de manie.

2°. La congestion cérébrale est une complication très-fréquente de la paralysie générale. Quand un malade a éprouvé un certain nombre de ces congestions, par une disposition organique difficile à expliquer, le sang paraît conserver une espèce de propension à se porter vers la tête, et ce phénomène, de cause qu'il était d'abord, devient un des effets les plus fréquens et même les plus funestes de la paralysie générale. Ces congestions qui viennent compliquer la paralysie ne diffèrent en rien de celles qui la précèdent.

Vu la force d'impulsion qui porte le sang vers le cerveau, et la gravité des effets qui résultent souvent de ce phénomène organique, on serait porté à supposer que la paralysie générale doit fréquemment se compliquer d'hémorrhagie cérébrale; cependant il n'en est rien. Je n'ai jamais rencontré cette complication, et ceux qui ont vu le plus de paralytiques peuvent à peine en citer quelques exemples.

3°. Les attaques épileptiformes qui viennent compliquer la paralysie générale sont des espèces d'attaques d'épilepsie, auxquelles on a donné ce nom pour la distinguer de l'épilepsie dite *essentielle*. Le malade perd subitement la connaissance et le sentiment; il éprouve tantôt dans l'un, tantôt dans les deux côtés du corps, mais ordinairement plus fort d'un côté que de l'autre, une espèce de roideur tétanique accompagnée de mouvemens cloniques saccadés; la face est rouge, gonflée, quelquefois violette et même livide; la bouche, ordinairement déviée d'un côté, laisse échapper une bave écumeuse. Cet état dure plus ou moins long-temps, et le malade reprend connaissance; mais, après l'accès, il est ordinairement dans un état de stupeur, qui ne tarde pas à se dissiper. Si ces attaques reviennent à des intervalles très-rapprochés, elles accélèrent la marche de la pa-

ralysie générale; elles peuvent même tuer les malades si elles sont très-violentes.

4°. Je réunis sous le même nom de *mouvemens convulsifs* plusieurs phénomènes qui, quoique de formes très-variées, sont probablement de même nature et tiennent aux mêmes causes : ce sont tantôt des convulsions générales très-étendues, mais sans perte de connaissance; tantôt des mouvemens de rétraction et d'extension bornés à une seule ou à plusieurs parties du corps; tantôt ce sont des contractures permanentes ou passagères des bras et des jambes, tantôt des tremblemens partiels ou généraux, tantôt des grincemens de dents, tantôt un strabisme simple ou double, etc., etc. Ces mouvemens convulsifs accompagnent très-souvent la paralysie générale, surtout dans ses deux dernières périodes; le même individu peut successivement les offrir tous, séparément ou réunis en plus ou moins grand nombre.

5°. Les escharres gangréneuses se montrent pendant la seconde et surtout pendant la troisième période de la paralysie générale. Les malades, réduits à l'impossibilité de se tenir debout, reposent continuellement sur les mêmes points des tégumens, et les compriment de tout le poids de leur corps; cette compression, aidée de la présence presque continuelle des matières fécales et de l'urine, et probablement par une disposition naturelle des parties, provenant de la diminution des forces vitales, détermine sur tous les points comprimés des escharres gangréneuses. Comme les mêmes causes agissent sans cesse sans qu'il soit possible de s'opposer à leur action, la maladie va toujours en s'aggravant : les escharres ne se bornent pas aux tégumens; elles envahissent le tissu cellulaire, les muscles, les tendons, etc.; leur chute donne lieu à de vastes plaies de la plus mauvaise nature, qui quelquefois laissent les os à découvert dans une très-grande étendue, et présentent l'aspect le plus horrible. Cette espèce de dissolution gangréneuse, si je puis m'exprimer ainsi, n'est que très-peu douloureuse pour les malades; souvent même ils semblent ne pas s'apercevoir de l'existence de leurs plaies. Ces écharres occupent ordinairement le sacrum, les trochanters, le dos, les épau-

les, les talons, les coudes, etc. Cette funeste complication est la cause la plus fréquente de la mort des malheureux paralytiques : l'abondance de la suppuration amène l'épuisement, la peau devient sèche et terreuse, la digestion se trouble, le malade est pris d'une diarrhée, qui amène bientôt le marasme et la mort.

Marche. La marche la plus ordinaire de la paralysie générale est celle que je viens d'indiquer. Il ne faut cependant pas croire qu'il en soit constamment ainsi; quelquefois elle ne survient que consécutivement et comme complication chez des dindividus atteints depuis plus ou moins long-temps de manie, de monomanie ou de démence; dans quelques cas rares il y a absence de délire et seulement affaiblissement des facultés intellectuelles. Tantôt elle marche par une progression croissante, continue depuis le début jusqu'à la terminaison; tantôt elle présente des espèces d'intermissions; elle disparaît, pour ainsi dire, pour reparaître bientôt avec un cortége de symptômes plus graves. Quelquefois, au lieu de porter également sur les deux côtés du corps, ses effets sont beaucoup plus apparens et plus intenses d'un côté que de l'autre. Souvent la mort ne laisse pas la maladie parcourir toutes ses périodes; une autre maladie, une complication accidentelle, vient hâter le moment fatal.

Diagnostic. Le diagnostic de la paralysie générale est le plus ordinairement facile à établir, surtout dans les deux dernières périodes. Au commencement de la première, il présente quelquefois des difficultés; cependant on y arrivera toujours d'une manière infaillible : directement, par la connaissance et l'examen des causes et des symptômes indiqués précédemment; indirectement et par exclusion, en comparant ces causes et ces symptômes avec ceux des maladies qui présentent quelque point de ressemblence avec la paralysie générale. Ces maladies sont nombreuses; leur description m'entraînerait à de très-longs détails, qui ne rentrent dans mon sujet que d'une manière indirecte; je me contenterai donc de les indiquer nominativement :

la monomanie, la manie, la démence, l'encéphalite aiguë, l'hémorrhagie dans les deux lobes du cerveau ou dans ses parties centrales, le ramollissement cérébral portant sur les deux lobes à la fois, le ramollissement de la moelle épinière, le cancer du cerveau, les tumeurs, de quelque nature qu'elles soient, développées soit dans la masse encéphalique, soit dans la boîte osseuse qui la contient; les convulsions, la chorée, les tremblemens, les congestions cérébrales, etc., etc.

Prognostic. M. *Calmeil* ne cite que deux observations de guérison auxquelles il avoue lui-même ne pas attacher une grande importance, parce qu'il n'a pu observer les malades après leur prétendu rétablissement. M. *Bayle* cite six observations qu'il présente comme des exemples de guérison ; mais à la lecture même de quatre de ces observations, on peut facilement voir que les malades avaient seulement éprouvé une de ces améliorations assez fréquentes pendant le cours de la paralysie générale, et toujours suivies d'une rechute plus grave. Pour que les deux autres observations pussent présenter un degré de certitude suffisant, il faudrait que l'auteur eût pu observer les individus pendant long-temps pour s'assurer de la solidité de leur guérison. M. *Royer-Collard* considérait comme incurables les malades atteints de paralysie générale; telle est aussi l'opinion de M. *Esquirol.* Dans la maison royale de Charenton, on considère les paralytiques comme au-dessus des ressources de la médecine et voués à une mort certaine; et constamment l'issue de la maladie vient confirmer ce funeste prognostic.

Durée. La durée de la paralysie générale est loin d'être toujours la même : quelquefois bornée à deux ou trois mois, elle se prolonge d'autres fois jusqu'à six ou sept ans et même plus. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette matière, s'accordent à dire que la durée moyenne de cette maladie est d'un à deux ans.

Terminaison. D'après ce que je viens de dire à l'article *prognostic*, je crois que l'on peut considérer la mort comme l'unique terminaison de la paralysie générale ; mais cette terminaison n'arrive pas toujours à la même époque et de la même manière. Si le malade meurt dans la première période de la maladie, il succombe alors à une congestion cérébrale violente ou à une autre maladie qui est venue compliquer la paralysie ; ces cas sont rares. Si la mort arrive pendant la seconde période, elle est amenée par une congestion cérébrale, ou par l'état d'épuisement général qui succède ordinairement à un accès d'excitation, ou par une violente attaque d'épilepsie. Quand le malade prolonge sa vie jusqu'à la troisième période, la mort peut alors être l'effet d'une des causes que je viens de mentionner, ou bien être amenée par l'abondante suppuration qui succède à la chute des escharres gangréneuses. Les phlegmasies thoraciques et abdominales sont encore une cause fréquente de mort. La paralysie entrave quelquefois tellement la déglutition et la défécation, qu'alors les malades meurent asphyxiés par les substances alimentaires qui s'engagent dans le larynx et la trachée ; ou bien les matières stercorales, quand on n'a pas soin d'entretenir le ventre libre, s'accumulent dans les gros intestins, et déterminent une inflammation qui fait bientôt mourir le malade, ou une rupture de l'intestin, encore plus promptement mortelle.

Traitement. Le traitement de la paralysie générale se divise naturellement en traitement *hygiénique* et en traitement *curatif*.

1°. *Traitement hygiénique.* Pendant la première période de la maladie, on laissera les malades libres de se promener ; on les placera dans un lieu où ils soient à l'abri d'une chaleur trop violente ou d'un froid trop vif. Les alimens, donnés en quantité suffisante pour satisfaire l'appétit, devront être nourrissans et faciles à digérer. S'il survient un accès d'excitation, on laissera pendant le jour le malade libre de courir à sa fantaisie ; mais, afin qu'il ne puisse nuire ni à lui ni aux autres, on lui fixera les bras autour du corps à l'aide d'une camisole.

S'il est malpropre, on remplacera ses habits par une blouse ou longue chemise de toile.

Arrivé à la seconde période de la paralysie, le malade sera placé, pendant le jour, sur un fauteuil. On doit apporter le plus grand soin à la confection de ce fauteuil : il sera large et massif, afin que le malade ne puisse le renverser; le siége sera rembouré, recouvert d'un cuir poli, et fait en manière de chaise percée; afin que le malade ne salisse pas ses vêtemens, quand il est assis on est obligé de les relever autour de ses hanches : dans cette position, toutes les parties inférieures de son corps sont à nu ; il est nécessaire, pour le préserver du froid, de le recouvrir d'une ou de plusieurs couvertures, selon la température de l'atmosphère. Pendant la nuit, le malade sera placé sur un lit, disposé de manière à ce qu'on puisse l'y maintenir fixé en cas d'excitation ; ce lit sera formé de substances facilement perméables à l'urine, d'une élasticité uniforme, ni trop dur, ni trop mou, et maintenu aussi propre que possible.

Pendant la troisième période, le malade sera placé sur un lit disposé de la même manière. Mais comme on doit surtout craindre la formation des escharres gangreneuses, on aura soin de le changer de temps en temps de position, ce qu'il ne pourrait faire lui-même. Il ne pourrait non plus prendre seul ses alimens : on aura soin, en les lui administrant, de n'en pas placer dans la bouche une trop grande quantité à la fois, et surtout d'attendre que la déglutition soit complètement opérée avant d'en administrer une nouvelle quantité. Il est de la plus grande importance de surveiller les déjections, et d'entretenir autour du malade une propreté minutieuse.

Traitement curatif. Si, comme je l'ai dit plus haut, la paralysie générale est incurable, il serait peut-être plus raisonnable de ne pas tourmenter le malade par une médication inutile. Cependant, comme il vaut mieux employer un remède douteux que de n'en pas employer du tout, j'indiquerai sommairement les moyens qui ont paru avoir sur la maladie quelque influence avantageuse : les saignées générales; les applications des sangsues à l'anus ou aux apophyses mastoïdes, les

vésicatoires et les moxas appliqués dans le voisinage de la tête, le séton à la nuque, lespurgatifs employés comme dérivatifs, etc. Ces moyens ne peuvent être raisonnablement employés que pendant la première période de la maladie; plus tard, elle est tout à fait au-dessus des ressources de la médecine.

Si les médications sont impuissantes contre la maladie principale, il n'en est pas de même de ses complications. Les congestions cérébrales, quand elles ne sont pas instantanément mortelles, cèdent le plus souvent aux saignées générales et locales, aux sinapismes placés aux extrémités inférieures, et aux purgatifs de toute espèce. Quand il est possible de s'opposer à l'action sans cesse agissante des causes productrices des escharres gangréneuses, on voit arriver la guérison de ces escharres sous l'influence de pansemens méthodiques et d'une médication tonique générale et locale.

On peut donner pour règle générale de traiter, comme si la paralysie n'existait pas, toutes les autres maladies qui viennent la compliquer.

Anatomie pathologique. Les altérations pathologiques que l'on trouve sur les cadavres d'individus morts de paralysie générale ne sont pas toujours identiques; elles sont, au contraire, très-variées et n'existent pas constamment : elles occupent le cerveau, ses enveloppes, et les os mêmes qui forment la boîte du crâne.

1°. *Os du crâne.* Les lésions des os du crâne sont peu nombreuses, peu importantes par elles-mêmes, et ne s'observent pas constamment : c'est tantôt une injection sanguine plus ou moins intense du tissu osseux ; tantôt ce sont des espèces d'alvéoles que l'on observe à la surface interne de la voûte du crâne. Ces alvéoles pénètrent à travers la table interne de l'os, souvent jusqu'au diploë, et même plus profondément, et servent à loger des végétations de la pie-mère, dont il sera parlé plus tard. Quelquefois les os sont plus durs et plus épais, quelquefois plus fragiles et plus minces que dans l'état normal : ces dernières altérations sont très-rares.

2°. *Dure-mère.* Comme les os, la dure-mère peut présenter une injection sanguine et des trous qui donnent passage aux végétations de la pie-mère; il est à remarquer que ces trous ne sont point produits par une perte de substance de la membrane fibreuse, mais bien par l'écartement de ses fibres.

3°. *Arachnoïde.* Les altérations de l'arachnoïde sont beaucoup plus nombreuses, plus fréquentes et plus importantes. Chez le plus grand nombre de malades on trouve de la sérosité dans la cavité arachnoïdienne : cette sérosité est répandue au pourtour du caveau, entre les deux lames de l'arachnoïde, dans les ventricules et entre les deux lames de la gaîne arachnoïdienne de la moelle épinière. Sa quantité varie beaucoup; elle peut quelquefois être portée jusqu'à dix onces et même plus : le plus souvent elle est incolore; il n'est cependant pas rare de la trouver verdâtre, citrine, rougeâtre, et même rouge. M. *Bayle* fait jouer un très-grand rôle à cette sérosité dans la production de la paralysie générale : selon lui, cette paralysie est le symptôme de la compression déterminée sur le cerveau par la sérosité épanchée dans la cavité arachnoïdienne, dans les ventricules, et infiltrée dans le tissu cellulaire de la pie-mère. Je ne puis partager l'opinion de M. *Bayle* dans toute son étendue; car, quand les malades meurent pendant la première période de la maladie, il est très-rare que l'on trouve une quantité de sérosité en rapport avec les symptômes observés pendant la vie; quand, au contraire, ils meurent à une période avancée, après avoir offert des symptômes très-intenses, il arrive souvent qu'on ne trouve qu'un épanchement très-peu considérable. On a même vu quelques cas, rares à la vérité, où il n'y avait aucune trace d'épanchement ni d'infiltration, quoique la paralysie fût arrivée à la troisième période; il arrive, en outre, assez fréquemment que chez des vieillards, qui meurent sans avoir offert pendant leur vie aucun symptôme de paralysie, on trouve un épanchement assez considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Il ne faudrait cependant pas croire que je considère cette sérosité comme complète-

ment étrangère à la production des symptômes de paralysie : je pense bien que quand l'épanchement est considérable, il agit en faveur de la maladie; mais il est extrêmement rare de rencontrer des cas où il suffirait seul pour expliquer les phénomènes morbides. Quelquefois, outre cette sérosité, on trouve dans la cavité de l'arachnoïde de fausses membranes organisées ou non organisées, très-variables par leur consistance, leur densité et leur épaisseur, semblables à celles que l'on trouve dans la cavité des plèvres, dans le cas d'épanchement pleurétique; quelquefois, au lieu de fausses membranes, ce sont de véritables épanchemens sanguins qui, quand ils sont anciens, se recouvrent d'une espèce de membrane organisée, et forment des espèces de tumeurs enkystées.

Dans tous ces cas, au lieu de sa ténuité, de sa transparence, de son peu de consistance, l'arachnoïde présente une épaisseur et une densité considérables; elle est d'un blanc opalin, et ressemble à du parchemin trempé dans l'eau. Quelquefois elle est rouge et comme ecchymosée, mais sans arborisations vasculaires; sa consistance est quelquefois tellement augmentée, qu'il faut un véritable effort pour la déchirer.

Il arrive très-souvent que l'arachnoïde, au lieu de son poli ordinaire, offre, quand on la regarde obliquement, une multitude de petites granulations, comme si on l'eut saupoudrée de sable très-fin : ces granulations, trop ténues le plus souvent pour être sensibles au toucher, peuvent se rencontrer sur toute l'étendue de l'arachnoïde; mais leur siége le plus ordinaire est l'arachnoïde des ventricules cérébraux, surtout celle du quatrième. Leur couleur ordinaire est le blanc mat; mais quelquefois on les trouve colorées en rose et même en rouge.

L'arachnoïde présente quelquefois des points d'adhérence avec elle même; mais ces adhérences ne sont jamais immédiates, elles ont toujours lieu par l'intermédiaire d'une fausse membrane, souvent difficile à distinguer. On les remarque ordinairement dans la scissure interlobulaire, dans les scissures de *Sylvius;* elles sont extrêmement rares entre le feuillet arachnoïdien cérébral et celui de la dure-mère.

4°. *Pie-mère.* Dans les premières périodes de la maladie, et quand les malades sont morts de congestion cérébrale, les vaisseaux de la pie-mère sont considérablement dilatés et gorgés de sang ; quelquefois ces vaisseaux sont rompus. Il y a alors des ecchymoses, ou même de véritables épanchemens sanguins dans le tissu cellulaire. Dans une période plus avancée, et quand le malade n'a pas succombé à une congestion cérébrale, le tissu cellulaire de la pie-mère est ordinairement le siége d'une infiltration séreuse, que l'on observe le plus souvent sur la convexité des lobes cérébraux : cette sérosité en s'infiltrant dans la pie-mère, lui donne quelquefois plusieurs lignes d'épaisseur, et la fait ressembler à une couche de colle de farine appliquée à la surface du cerveau.

De la surface extérieure de la portion de pie-mère qui recouvre les hémisphères cérébraux s'élèvent quelquefois des végétations fongueuses de différentes grosseurs, dont le volume peut atteindre celui de l'extrémité du doigt : ces petits fongus, poussant devant eux le double feuillet de l'arachnoïde, s'avancent vers la dure-mère, qu'ils perforent, en écartant ses fibres, comme je l'ai dit plus haut, et vont se loger dans des espèces d'alvéoles, dont j'ai déjà parlé, qu'ils se creusent à la surface interne des os du crâne.

5°. *Cerveau, cervelet et moëlle épinière.* L'altération que l'on trouve le plus fréquemment sur les cadavres des paralytiques est la coloration de la substance grise ; on la retrouve sur presque tous les individus. Cette coloration varie d'intensité, depuis le rose clair jusqu'au rouge lie de vin ; elle ne se borne pas à la substance grise corticale, on la remarque partout où existe cette substance : dans les corps striés, dans le cervelet, dans la protubérance annulaire, dans la moelle épinière. Cette coloration est intimement fondue avec la substance grise ; elle ne résulte pas de la réplétion des vaisseaux sanguins, comme celle que l'on remarque souvent dans la substance blanche. Dans ce cas, si l'on pratique sur cette dernière substance une coupe nette, on voit apparaître sur les deux surfaces polies qui en résultent une

multitude de gouttelettes de sang correspondant aux orifices des vaisseaux sanguins, et faisant paraître ces surfaces comme sablées.

L'altération du cerveau la plus fréquente après celle que je viens d'indiquer est l'adhérence de la substance grise corticale avec la pie-mère; quand cette adhérence existe, on ne peut que très-difficilement séparer les méninges des circonvolutions cérébrales : souvent même on ne peut opérer cette séparation sans enlever une couche de substance grise adhérente. Les circonvolutions n'offrent plus alors leur poli ordinaire : elles sont rugueuses, comme chagrinées, et présentent des pertes de substance correspondantes aux portions enlevées en même temps que les méninges. Il est important de remarquer que, dans ce cas, jamais la substance grise ne conserve sa consistance naturelle : elle est boursoufflée, ramollie jusqu'à une plus ou moins grande profondeur, quelquefois même dans toute son épaisseur.

La masse encéphalique, et surtout la substance blanche, présente quelquefois une consistance plus considérable que dans l'état ordinaire. D'autres fois, elle paraît plus molle et plus humide dans sa totalitée. Il faudrait se garder d'attacher une trop grande importance à ces différens états, car ils se rencontrent souvent sur des individus qui n'ont présenté aucun symptômes de paralysie; ce qui démontre évidemment l'erreur où est tombé M. *Delaye*, dans sa Dissertation inaugurale, en faisant dépendre la paralysie générale uniquement de l'endurcissement ou du ramollissement de la substance cérébrale.

Les altérations du cervelet et de la moëlle épinière sont plus rares que celle du cerveau, mais elle sont de même nature.

Je ne parlerai point des différentes altérations que laissent les maladies qui sont venues compliquer la paralysie générale, et qui en sont tout à fait distinctes : telles sont les inflammations du tube intestinal, les pleurésies, les pneumonies, etc., etc.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled, *Suppléant.*
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cotterau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.